



Universidad de Valparaíso

Facultad de Derecho y Ciencias Sociales

ESCUELA DE DERECHO

TESINA: CARRERA DE DERECHO

“EUTANASIA: una posibilidad en el mundo actual”

Autora: Catalina Guerra Baeza.

Profesor guía: Luis Villavicencio M.

Fecha de entrega: 20 de Agosto de 2010

ÍNDICE

Resumen.....	3
Introducción.....	4
I. La vida ¿es disponible?.....	6
1. La autonomía de las personas.....	8
2. Los mejores intereses.....	9
3. Relación médico- paciente.....	10
II. Matar o dejar morir.....	15
1. Clasificación de eutanasia	
2. Temas importantes a considerar.....	18
2.1 Eutanasia Activa/Directa y Voluntaria.....	18
2.2 Eutanasia Activa, no es igual a ayuda al suicidio.....	21
2.3 Por ahí se empieza.....	24
Conclusión.....	26
Bibliografía.....	28

Resumen

En la presente tesina se revisarán los fundamentos a través de los cuales se puede sostener que la vida es disponible; y, por tanto, que es posible una regulación legal de la eutanasia. Sin embargo, quedarse solamente en este punto de la discusión sería abordar de manera incompleta el tema cuestión de este trabajo, por ello en el Segundo Capítulo se analizarán las distintas clasificaciones de eutanasia, distinguiendo entre: eutanasia voluntaria, no voluntaria e involuntaria, siendo el factor determinante la voluntad del paciente; y, eutanasia pasiva, activa e indirecta, dependiendo de quien realiza la acción principal. Importante resulta hacer las distinciones señaladas, puesto que hay doctrina para quien la eutanasia pasiva debería ser legalizada, y no así la activa. Siendo el objeto de este trabajo, demostrar que la práctica eutanásica debería llevarnos más bien a actos positivos, los cuales de manera efectiva garanticen una muerte digna.

Palabras claves

Eutanasia, auxilio médico al suicidio, activa/pasiva, autonomía, muerte digna.

Introducción

Parece ser que con los avances tecnológicos médicos, el tema de la Eutanasia ha pasado a segundo plano en el debate actual de las personas, pues son tantos los logros de la medicina, que nadie se vislumbra teniendo grandes enfermedades en el futuro. Paradójicamente, actualmente en Chile el 24% de las muertes anuales se deben al cáncer. Ésta enfermedad si no se detecta a tiempo es fatal; y, la muerte en este caso, no suele ser un momento apacible. Generalmente el tiempo de espera es largo y doloroso, tanto para el paciente como para la familia. Hago presente, que la utilización de la enfermedad del cáncer y su estadística en este punto, es sólo un mero ejemplo de las eventualidades con las que nos podemos encontrar día a día y, que cambian radicalmente nuestra vida. Así, también puede ser un accidente que nos deje en estado vegetal o cuadripléjico por el resto de nuestra existencia.

Siendo de este modo las cosas, quien tenga interés en su final, no puede prescindir de la eutanasia, sobre todo cuando lo que quiera sea morir con dignidad y sin dolor. Etimológicamente la palabra Eutanasia deriva del griego: *eu* (“bueno”) y *thanatos* (“muerte”); omnicomprensiva de los términos muerte dulce, sin dolor y muerte digna. Su utilización no es un neologismo, tiene siglos de existencia, fue creada por el Canciller de Inglaterra Bacon, quien además de entregar el vocablo señala un concepto de ella “al especificar que el médico debe calmar los sufrimientos y los dolores no sólo cuando este alivio puede traer la curación sino también cuando pueda servir para procurar la muerte dulce y tranquila” (Núñez, 2006: p. 94).

El primer problema al que se enfrentará este trabajo será: la discusión respecto a la disponibilidad de la vida, lo cual será tratado en el Primer Capítulo. Quienes se oponen a la práctica de la eutanasia, señalan que la vida no es disponible y se basan principalmente en argumentos religiosos, sosteniendo que la vida es sagrada; y como tal, el ser humano no

puede disponer de ella. Incluso, hay autores que plantean que la vida es un bien que ni siquiera le pertenece al individuo; le pertenece a la sociedad entera; y, por tanto, no es un bien ni transable ni negociable.

No obstante lo dicho, se demostrará a través de 3 argumentos: autonomía de las personas, mejores intereses y relación médico paciente; que la vida si es disponible. Además, los detractores de la eutanasia cuando señalan que la vida es indisponible, se olvidan de una cuestión trascendental que resulta ser un punto clave en la aplicación de la misma: hablamos de personas que padecen enfermedades terminales, que pueden sufrir graves dolores, son dependientes de otra, pueden estar en estado vegetal o son cuadripléjicos; y por tanto, cabe preguntarse si eso ¿es vida? Claramente se tendrá que analizar caso a caso.

En el Segundo Capítulo se analizarán los distintos tipos de eutanasia, lo cual es una consecuencia lógica del estudio del Primer Capítulo. Como admitimos que la eutanasia debe estar regulada en el ámbito jurídico, se debe tipificar el tipo de manera precisa; y esto nos lleva al tema de la clasificación de la eutanasia. Siendo los factores de categorización: la voluntad del enfermo y, quién y cómo ejecuta el acto principal. Así respectivamente se distingue entre eutanasia voluntaria, involuntaria y no voluntaria; y eutanasia pasiva, directa/activa e indirecta. La eutanasia pasiva consiste en la suspensión definitiva de un tratamiento ya iniciado, o la no iniciación de este; consecuencia de lo cual se produce la muerte. Será activa, en cambio, cuando una persona (veremos que lo ideal es que sea el médico) causa de manera directa la muerte. Lo controversial en este punto está dado por la aceptación de la eutanasia pasiva, incluso para quienes la vida es sagrada. Oponiéndose de manera férrea a la eutanasia activa. ¿Porqué admitir la pasiva y no la activa? ¿Qué es lo que justifica dejar morir a una persona por no suministrarle alimento durante semanas, y no permitir inyectarle una droga letal que evite prolongar aún más su tragedia y la agonía de su familia? Respuesta: existe una obligación moral de “no matar”, no así “dejar morir”. Sin embargo, la responsabilidad moral es la misma; por tanto, tal distinción carece de significación.

CAPITULO I

LA VIDA ¿ES DISPONIBLE?

Ante la posibilidad, de que los avances de la medicina prolonguen la vida de las personas hasta más no poder; necesario se hace, que exista un respaldo legal, que les otorguen garantías que permitan poder optar por la muerte. No es menor, visualizarse en un futuro lejano o próximo postrado a una cama, teniendo una vida absolutamente dependiente, incapacitado, mentalmente inexistente, etc. En este contexto, aparece la eutanasia: como una alternativa a quienes desean morir dignamente. Lo anterior, sería perfectamente factible, si no apareciera la discusión acerca de que es más importante; y por lo tanto, prevalece por sobre otro: el derecho a la vida, lo que significa la imposibilidad de matar a personas inocentes; o el derecho a la autonomía, que incluiría la autodeterminación del paciente a rechazar tratamientos, y solicitar la muerte cuando su situación es irreversible. Hay quienes piensan, que no se puede disponer de la vida porque es sagrada e indisponible, por lo tanto se prohíbe- y el Estado lo asume como un deber constitucional- cualquier forma de homicidio; aunque se trate de una persona que agoniza con terribles sufrimientos y desea morir apresuradamente. Para otros, el Estado de democracia en el que vivimos, comprende la tolerancia, el pluralismo y el reconocimiento del derecho de las personas a una muerte digna. Lo anterior, no es menor, si pensamos que como personas una de las cosas que más valoramos y por las cuales el ser humano más ha luchado, es el control sobre la propia vida y una de las cosas que más aprecia es el estado de conciencia que posee y, cuando éste último se pierde, se inutiliza una de las características más fundamentales de la personalidad humana.

A continuación, se señalaran los argumentos que se pueden citar, para sostener que el derecho a la vida implica poder disponer de ella libremente, basando la línea argumentativa en la autonomía que poseemos, en la dignidad y en la relación medico paciente que debe existir.

1. La autonomía de las personas.

Analizaré este tópico, de acuerdo a la exposición de Ronald Dworkin, que hace en el libro *“El Dominio de la vida”* (1994: pp.233-287). En primer lugar, él señala los individuos a los cuales su autonomía debe ser respetada. Distinguiendo en: a) Conscientes y competentes: como aquellas personas enfermas o discapacitadas, completamente conscientes pero que no son capaces de suicidarse; y necesitan ayuda para hacerlo b) Inconsciencia: que será el estado de un individuo, en el que la capacidad de percepción y de actuar conscientemente están anuladas. Lo que no significa dejar de experimentar ciertas sensaciones. Los pacientes con daños cerebrales que permanecen en un estado de mínima consciencia, sí sienten dolor, y deberían, por tanto, recibir analgésicos que palien su sufrimiento. A diferencia, de las personas en estado vegetativo persistente, que poseen una inconsciencia completa, siendo incapaces de reconocerse a sí mismos y a su entorno c) Conscientes pero incompetentes: estamos frente a individuos afectados de demencia, y la principal causa de ello es la enfermedad de Alzheimer. La demencia, se caracteriza por la pérdida de la capacidad de la mente para llevar una vida normal. Fundamentalmente afecta a los ancianos, quienes deben ser cuidados por sus familiares, o personas dedicados a ellos. Es una enfermedad crónica y degenerativa, que disminuye la calidad de vida del enfermo. Entre sus síntomas, se pueden encontrar: pérdida de la memoria, problemas de lenguaje, problemas motores, problemas de lógica mental, problemas de personalidad, entre otros.

¿Cómo se respeta la autonomía, tratándose de uno u otro? En los pacientes competentes, es crucial para ellos y para toda la humanidad, el “derecho de los individuos de asumir o adoptar decisiones centrales por sí mismos, el que les permita finalizar sus vidas cuando lo deseen, al menos cuando su decisión no sea claramente irracional” (Dworkin, 1994: p. 248). Cuando estamos frente a este tipo de individuos, la eutanasia es posible, porque existe una voluntad directa de quien desea morir. En su decisión, sólo él interviene; sin perjuicio, de las recomendaciones hechas por su médico. En el caso de pacientes inconscientes, es posible respetar su autonomía, cuando ha dejado testamentos

vitales, o haya manifestado sus deseos de manera informal a sus parientes o amigos. De manera que no existan dudas, de cómo proceder, en caso de que ocurra algo. Incluso, en el supuesto en que nunca haya dado una opinión respecto al tema es posible respetarla; a través de lo que puedan manifestar sus parientes o amigos, como los mejores conocedores de la personalidad y opinión de quien ya no está consciente. Respondiendo la pregunta ¿Qué habría decidido él en condiciones normales, antes de convertirse en incompetente? Visto de esta manera, de acuerdo a Dworkin, “lo que se procura es proteger la autonomía del paciente. Pero se debe advertir que pueden también ser entendidas de manera diferente: como argumentos acerca de cuáles serían los mejores interés del paciente.” (1994: p. 250) Cuando se decide la muerte de alguien, no sólo se mira su futuro, de acuerdo a sus vivencias en el pasado. También, el interés puede centrarse en evitar al paciente sufrimientos extremos o innecesarios. El mayor problema de la autonomía se da en el caso de los pacientes conscientes pero incompetentes, “las víctimas que se encuentran en este estado frecuentemente se conducen de una forma que sugieren medio paranoico a que se les dañe. Si se puede atribuir algún deseo relevante a estas personas sería un deseo de vivir en vez del deseo de morir” (Dworkin, 1994: p. 247). Puede ocurrir en estos casos, que una persona antes de entrar en etapas avanzadas de la demencia, señale que prefiere morir, pero cuando llega a ese estado, quizá, lo que más quiera ella sea vivir.

En cuanto a la autonomía de los pacientes, hay que destacar que si bien la eutanasia no resulta para algunos el camino más adecuado, y que es una alternativa que descarta cualquier mejoría posterior, “los que deciden morir deben tener derecho a analizar por sí mismos su sufrimiento” (Bok, 2000: p. 138).

2. Los mejores intereses:

“Muchas personas se oponen a la eutanasia invocando argumentos paternalistas. Piensan que, incluso cuando las personas han decidido consciente y deliberadamente morir, esto es, cuando conocemos cuáles son sus genuinos deseos, es, sin embargo, un mal para ellos morir”(Dworkin, 1994: p. 251). Tal caso se presenta ante las personas que presentan

adicción al cigarro. Ellos, sabían el mal que le hacía cuando empezaron a fumar, y, sin embargo, continuaron haciéndolo; a sabiendas de todos los efectos nocivos que producía.

Lo de paternalista, es una característica que refleja fielmente la idea de estado protector, donde es mejor que el estado a través de sus órganos señalen las directrices a seguir, y no dejar al arbitrio de las personas, ciertos temas relevantes, que digan relación con decisiones personales que puedan afectar las buenas costumbres, las buenas maneras, la moralidad pública, o el orden y seguridad de la nación. Sostener un estado paternalista implica ¿Qué quienes toman las directrices, están mayormente capacitados que el común de los mortales? ¿Quiénes toman las decisiones, poseen un grado mayor de moralidad? Obviamente la respuesta es negativa. Lo que el Estado hace, es evitar que las personas decidan por sí, aspectos tan delicados como son el aborto y la eutanasia, por miedo a que su uso se masifique desmesuradamente. No pensando que la manera más correcta de abordar estos temas sería regularlos y así, otorgarles a las personas la posibilidad de optar por aquello que más les acomode de acuerdo a sus propias convicciones. Tomando en cuenta el principio de la autonomía moral, de acuerdo al cual, a cada individuo se le permite asumir decisiones de cuándo y cómo morir. Y este principio, tendría una prioridad esencial sobre las opiniones de terceros o el Estado.

3. Relación médico-paciente

Aceptando la eutanasia como un procedimiento normal dentro de la realidad humana y jurídica, necesario se hace, encontrar un sujeto encargado de llevarla a cabo. Y frente a este tema, nadie duda, en que es el médico el que debe cumplir con esta tarea. Es más, juega un papel trascendental, debido a que es él, quien posee el conocimiento, la experiencia y la capacidad para diagnosticar y señalar a los pacientes todos los posibles tratamientos con sus respectivas consecuencias. Su deber, ya no sólo consistiría en recuperar la salud del enfermo, o tratar de aliviar el dolor en caso de no haber recuperación. Se extendería, hasta la posibilidad de terminar con el sufrimiento del enfermo o de su familia, a través de la eutanasia. Dejando en claro, que es una opción para el médico, y no

una obligación aplicarla, si resulta contrario a sus convicciones morales o religiosas; derivando al paciente donde otro médico, que si tenga convicciones para hacerlo.

Ante esto, señalan los médicos como argumento en contra de la legalización de la eutanasia, que el ejercicio de ésta atenta “a la naturaleza misma de la profesión” (Dworkin, 2000: p. 29). Sin embargo y, cuestionando lo anterior, es necesario hacer notar que dentro de los fines de la medicina se encuentran también: mitigar el dolor de los enfermos, buscar una solución cuando ello ya no sea posible y, porque no, ayudarlos a morir cuando no existan más posibilidades, siempre que ellos lo hayan deseado y solicitado.

En consonancia con lo anterior, se han señalado como argumentos 2 aristas que deberían tener presentes los médicos a la hora de aplicar la eutanasia, a saber: libertad o autonomía y final piadoso. En cuanto a lo primero, se plantea que el derecho a escoger que tiene un paciente, se debe preferir sobre la vida misma; es decir, prevalece la libertad de elegir y ésta se respeta por sobre la existencia del paciente. Y en razón de esa elección, es que el médico debe dar lugar a actos eutanásicos cuando estos fueron solicitados. No obstante lo anterior, y de acuerdo a la segunda arista de estos argumentos, se señala que “no es la voluntad autónoma del paciente, sino el amor benevolente y compasivo del médico por la humanidad que sufre lo que justifica el acto humano de la eutanasia” (Dworkin, 2000: p. 31). Por tanto, el motor por el cual un médico aplica la eutanasia de acuerdo a este razonamiento es el sufrimiento del paciente, lo que se relaciona con la “calidad de vida” del mismo.

No hay que dejar de observar en este punto que ambos argumentos no son excluyentes uno de otro. Es más, parecen ser requisitos copulativos, si hablamos de la eutanasia activa y directa. No parece ser suficiente la compasión del médico, para dar paso a actos eutanásicos, si es que no contamos con la voluntad del paciente. Pues tal como señala Dworkin, es la elección y la condición lo que hacen permisible que un médico dé muerte a su paciente. Y en virtud de ello, se puede hablar de eutanasia voluntaria, donde voluntaria señala que se trata de la elección del paciente y eutanasia indica que la muerte es buena. (2000: p. 34)

Los detractores razonan, como lo señala la profesora Zúñiga, en base al concepto errado, de que la relación entre doctor y paciente se volvería desconfiada. De permitir la, se vulneraría la obligación de amparar a los grupos de enfermos, ancianos y discapacitados. (Zúñiga, 2009: p. 219). Este argumento, no es correcto. De admitirse la eutanasia, no existe ninguna forma de violación a la obligación de cuidar a personas vulnerables, puesto que éstas, con anterioridad manifestarán su consentimiento en torno a si quieren morir bajo ciertas circunstancias. Además lo que se busca no es la muerte, es necesario que se comprenda, “que lo que se pretende, es evitar un mundo de vivos, que viven para mantener en vida a un mundo de muertos” (Sardón, 1996: p. 278). No se propone, que sea una práctica utilizada por los médicos, como una forma de desechar personas porque utilizan recursos públicos, o porque significa un gasto económico importante para la familia. Es una vía, para que siempre se tengan a la vista los deseos y se respete la voluntad de las personas como un derecho inalienable. La excepción, se presenta cuando no se puede manifestar la voluntad y el entorno familiar o el médico en caso de no existir ésta, decide tomar la decisión en vista de que el sufrimiento que una persona padece y la agonía de la misma se tornan insostenibles para seguir viviendo. (Esto guarda sentido con el argumento de “final piadoso”, expuesto anteriormente).

Por lo demás, la medicina está enfocada a curar y aliviar la vida de los enfermos y para esto los médicos deben actuar diligentemente ocupando todos sus conocimientos y experiencia con el enfermo y no obstinarse con la enfermedad; lo que implica una responsabilidad del médico con su paciente desde el inicio de la enfermedad hasta el término de ella. Desde esta perspectiva la eutanasia, puede ser vista como el último acto de responsabilidad que el médico ejerza con el paciente, será la última acción que realice tendiente a ayudar, siendo decisión del médico, si provocará o no la muerte al sufrido. Un escenario ideal para ello, implica una relación sólida entre médico y paciente, donde se sabe cuál es la voluntad del posible enfermo, donde se requerirá un cambio en nuestro sistema de atención de salud, sobre todo en el sistema público, donde hoy la atención puede durar un minuto como mucho. Consecuencia de lo anterior, es el desconocimiento de la voluntad del paciente, lo que hace optar a los médicos por no practicar la eutanasia bajo ningún aspecto,

puesto que en el futuro serán enjuiciados, y señalados por la sociedad como asesinos. La idea es que el médico sea responsable con el paciente y no, en lugar del paciente.

Otro punto importante, dentro del “derecho a morir con dignidad”, es la situación del paciente cuando entra a los centros de salud. Subsiste una práctica más o menos generalizada por privar al enfermo de su condición de tal, e identificarlo por su enfermedad, siendo ésta el centro de atención del cuerpo médico. Lo que puede conducir al problema que el enfermo se transforme en un objeto para conocer mejor la enfermedad, de modo tal, que sea ésta la razón de lucha del profesional, y el paciente pase a un segundo plano. El médico, sabe además, que la enfermedad puede presentar imprevistos. Lo que conlleva a que se agrave la situación del paciente, acrecentando los tratamientos e intervenciones, provocando una degradación sustancial en el paciente. Dentro de los amplios poderes que tiene el médico, es necesario entonces, que el derecho que tiene el paciente sea respetado, y una de sus manifestaciones es que éste y su familia participen en la toma de decisiones sobre el uso y la aplicación de ciertas técnicas. No implica lo anterior, relativizar las relaciones médico-paciente, sino que todo lo contrario, es estrechar la relación de confianza que existe entre ambos, todo enmarcado en el ámbito de la ética médica. Es el respeto recíproco que debe existir entre todos los seres humanos, como parte de las buenas costumbres. Ahora, el respeto por parte del paciente hacia el médico, no dice relación con un abandono total a cuanto él decida; ni tampoco someterse a cualquier tratamiento. Pues, tal como advierte Dworkin, existe claramente una asimetría generalizada de poder entre el médico y el paciente, y es dentro de ese marco en donde debe moverse el respeto. (2000: p.38).

Por último, argumentos contrarios, señalan, que son muy pocos los médicos que están de acuerdo con la práctica autorizada de la eutanasia. Pues, han podido observar que “los pacientes terminales reaccionan y actúan ante la enfermedad con resignación y hasta paz” (Quintana, 1996: p. 267). Lo anterior es absolutamente válido. Pero es necesario que exista la posibilidad para quienes no piensan lo mismo; en razón de la libertad y autonomía que cada individuo posee.

CAPITULO II:

¿MATAR O DEJAR MORIR?

Por la acepción amplia de eutanasia, entendida como: causar la muerte a otra persona, sin dolor, y en su interés (dadas ciertas circunstancias), los autores se han encargado de establecer una distinción entre tipos de eutanasia; distinción que, a su turno, nos permite identificar cuáles argumentos (y con qué intensidad) sirven para establecer la idoneidad de que un tipo de eutanasia y no otro pueda ser practicado. Reduciendo el estudio a *quién* toma la decisión del acto eutanásico y *cómo* y *cuándo* se lleva éste a cabo. Finalmente, se revisará cuáles son los argumentos para introducir en el ordenamiento legal a la eutanasia activa y voluntaria.

1. Tipos de Eutanasia

1.1 La primera clasificación de la eutanasia dice relación con la voluntad del paciente. Así, podemos distinguir entre:

a) *Eutanasia voluntaria*, aquella que se realiza a petición del paciente, mientras éste se encuentra plenamente consciente.

Se incluye dentro del concepto de eutanasia voluntaria a aquella que se practica a una persona que no es capaz de provocarse la muerte; sea porque no puede o porque es inconsciente de su estado actual, pero que antes de haber caído en desgracia manifestó su voluntad a través de una petición escrita, en la cual deja constancia de que su deseo en caso de existencia de enfermedad terminal o padecimientos permanentes y difíciles de soportar, tenga lugar la aplicación de la eutanasia. Como aquí se procede de acuerdo a la voluntad anteriormente manifestada de una persona, se trata de eutanasia voluntaria.

Por desconocimiento o ignorancia del paciente puede darse el caso que éste no solicite la eutanasia y un tercero le sugiera la idea. Si en esta hipótesis, el paciente acepta la aplicación de la eutanasia y la solicita, será un caso de eutanasia voluntaria, pero se hace difícil hablar de requerimiento, más bien parecería tratarse de consentimiento.

Lo trascendental en esta eutanasia es que la decisión del enfermo o postrado sea respetada y que el médico pueda realizarla sin temor a ser acusado de haber cometido un delito. No perdiendo de vista “que la muerte supone un beneficio para el que muere” (Singer, 1995: p. 239)

b) *Eutanasia involuntaria* es aquella que se realiza en un ser humano mentalmente capacitado para consentir en su propia muerte, pero que no ha dado su consentimiento en torno a que se le provoque la misma, quizá porque no le preguntaron, o por el contrario; se ha manifestado en contra.

Del concepto se puede colegir que se encuentran dos casos bastante diferentes. Respecto a esto, Peter Singer señala que “existe una diferencia significativa entre matar a alguien que ha escogido seguir viviendo y matar a alguien que no ha dado su consentimiento para que lo maten, pero que en caso de haber sido preguntado, habría estado de acuerdo.” (1995: p. 221)

Son casos diametralmente opuestos y, sin embargo, ambos actos generalmente se consideran como homicidios. Pareciera no haber razón para no preguntarle a alguien si desea morir, estando capacitado para dar respuesta y de todas formas provocarle la muerte, obviando su voluntad; y menos aún, no existe razón para aplicar eutanasia a una persona que ha rechazado el uso de ésta.

Tratando de justificar lo anterior, se puede decir que el motivo para matar es ponerle fin al sufrimiento irremediable de una persona ante el dolor o padecimiento de una enfermedad, teniendo en cuenta los deseos de la persona objeto del acto eutanásico.

c) “Si un ser humano no es capaz de entender la elección entre la vida y la muerte, la eutanasia no sería ni voluntaria ni involuntaria, sino *no voluntaria*.” (Singer, 1995: p. 221)

La eutanasia no voluntaria tiene lugar en personas que, atendida su capacidad mental, no están en condiciones para decidir sobre la vida o la muerte. En este grupo, incluimos a los recién nacidos con deformaciones o enfermedades graves e irreversibles y a personas que han sufrido accidentes, padecen de alguna enfermedad o que, por hallarse en edad senil, son incapaces de comprender lo que ocurre a su alrededor, sin manifestar de manera alguna si rechazan o están de acuerdo con la aplicación de la eutanasia.

Acá nos encontramos con problemas éticos y jurídicos distintos a los de la eutanasia voluntaria. En la eutanasia no voluntaria son los padres quienes solicitan la muerte piadosa,

pensando en el interés primordial del recién nacido, el cual, producto de graves enfermedades o deformaciones irreversibles, tiene un pronóstico de vida breve.

Se cuestiona incluso si acaso la muerte se lleva a cabo en interés del menor o si, por el contrario, se lleva a cabo por el bienestar de la familia. Esto, por cuanto hay veces en que los niños sufren daños cerebrales tan grandes que ni siquiera sienten dolor. Por tanto; se hace difícil sostener en este caso, que la muerte para los niños sea la mejor opción.

Quedan incluidas en esta categoría aquellas personas que debido a accidentes, enfermedades o estar en edad avanzada, no han podido manifestar su voluntad en orden a la aplicación o no de la eutanasia. El tratamiento conjunto entre estas personas y los recién nacidos tiene su fundamento en que no existirían grandes diferencias entre ambos. No poseen conciencia propia, carecen de racionalidad, no son autónomos.

2° Desde el punto de vista del ejecutor del acto (que normalmente será un médico o persona del cuerpo sanitario)

a) *Eutanasia pasiva* como la “interrupción o no iniciación de medidas terapéuticas a un paciente terminal irreversible” (Betancur, 1996: p. 304)

b) *Eutanasia activa*, donde “la conducta va dirigida intencional y directamente a la producción de la muerte de una persona sometida a un largo período de sufrimientos como consecuencia de una enfermedad terminal o incurable que le conduciría, inevitablemente y en breve plazo, a la muerte.” (Núñez, 2006: p. 143)

Es una conducta en que un sujeto de manera activa produce la muerte de otra persona. En principio, ésta es tipificada por cualquier ordenamiento jurídico como homicidio, o bien, como asesinato. Sin embargo, tal calificación no será posible, pues la ejecución es realizada con el consentimiento expreso de la víctima. Además existe en este caso, como señala el profesor Miguel Ángel Núñez, un menor contenido de injusto. Por una parte, no es asimilable matar a una persona contra o sin su voluntad, que con el consentimiento de ésta. De otra parte, el móvil que mueve a realizar la conducta es compasivo, y por ende, el actuar del sujeto que provoca el deceso es menos reprochable; por lo cual se invoca una doble disminución del injusto y de la culpabilidad. (2006: p. 144)

c) Se habla de *Eutanasia indirecta* cuando se administran fármacos con el objeto de paliar el dolor, aunque puedan tener el efecto secundario de acortar la vida. Esta parece ser una forma eufemística de evitar la calificación de acción directa (Betancur, 1996: p. 304) que recibe la eutanasia activa.

2. Temas importantes para considerar

2.1 Eutanasia activa/directa y voluntaria

Actualmente el debate de la eutanasia se centra de manera principal y casi exclusiva a la eutanasia activa directa y voluntaria, “que supone la producción directa e intencionada de la muerte de la persona que la pide, por estar sometida a un largo proceso doloroso de una enfermedad generalmente mortal que se encuentra en su fase terminal” (Núñez, 2006: p. 146) o por estar incapacitada producto de accidentes o malformaciones congénitas, para provocarse por sí sola la muerte.

Quienes se oponen a los actos directos y voluntarios eutanásicos señalan, en primer lugar, que con su aplicación no tendría lugar el orden natural de la evolución del organismo hacia la muerte (Betancur, 1996: p. 305). Sin embargo, si este argumento se lleva al extremo, bastaría cualquier intervención médica que interfiera con el orden natural de nuestro organismo para sostener que éste se vea alterado. Además, lo que hace este argumento es ver sólo una cara de la moneda, pues lo mismo pasa cuando con procedimientos médicos se prolonga la vida y se evita la muerte; en circunstancias que si hubiésemos seguido el curso natural de nuestro organismo, hubiésemos llegado al mismo resultado, es decir, la muerte. Si lo anterior se permite, entonces porqué no se podría permitir una inyección que, en vez de curar, ponga fin a una vida indeseable. Siguiendo este argumento, se podría decir, entonces, que cualquier administración de fármacos altera el proceso normal de una enfermedad, con lo que habría que retirar del mercado aspirinas y antibióticos para no variar el curso natural de nuestro organismo.

En cuanto a la eutanasia activa, es ilógico sostener, como se plantea actualmente, que no hay problemas en que se legalice la eutanasia pasiva, pero no la activa. Formalmente, está claro que existen diferencias significativas entre dejar morir y producir

la muerte, pero el fondo es el mismo; el resultado es el mismo: la muerte. Entonces, ¿por qué hacer más angustiosa la espera cuando se está de acuerdo con la muerte? De acuerdo a Peter Singer, la postura según la cual se puede decir algo a su favor se denomina “la doctrina de los actos y las omisiones”. Existiría una diferencia moral importante entre cometer un acto y la omisión de hacer algo que tiene las mismas consecuencias. Mientras no se violen normas legales específicas que impongan determinadas obligaciones morales, se hace todo lo que la moralidad exige. Estas normas se caracterizan por estar formuladas en negativo y, para obedecerlas, sólo es necesario abstenerse de cometer las acciones que prohíben. De ahí que se pueda exigir la obediencia a cada miembro de la comunidad.

Por lo mismo, el médico puede dejar morir no administrando medicamentos a sus pacientes o desconectar máquinas, pero no puede causar directamente la muerte. De todas formas, el médico debe responsabilizarse por la omisión que cometió, pues el no hacer nada es una medida intencionada, de la cual no se puede escapar sin aceptar su responsabilidad. En este caso, el médico no mata al paciente, sino que deja que éste muera por no suministrarle medicamentos. Y aquí se vuelve a la misma pregunta anterior: ¿Por qué el médico puede dejar que muera y no lo puede matar directamente? A mayor abundamiento, ¿por qué es malo matar y dejar morir no lo es? De la misma manera, para dar respuesta a esta pregunta, se vuelve a utilizar “la doctrina de los actos y omisiones”. En este caso habría una norma moral contraria a matar a seres humanos inocentes y no existe ninguna contraria a dejar que éstos mueran.

Así las cosas, de acuerdo a Peter Singer, relacionado con lo anterior, “una ética que consiste en deberes específicos, prescritos por normas morales que todo el mundo debe obedecer, debe hacer una distinción moral tajante entre los actos y las omisiones” (Singer, 1995: p. 256). Toma como ejemplo la norma: “No matarás” (de acuerdo a la cual, ni el médico ni persona alguna puede causar la muerte directamente). Al interpretar esta norma, según su uso tradicional, lo que no se debe hacer es matar a personas inocentes; pero no es fácil (menos en el mundo de hoy) evitar que personas inocentes mueran. Actualmente, bajo los niveles de pobreza en que vivimos, mucha gente en el mundo muere por hambre, por falta de servicios básicos o falta de atención médica; y, sin embargo, a nadie en particular se le acusa de la muerte de estas personas inocentes. Lo que se hace es dejarlas morir. Si se

aplica la norma: “No matarás” a las omisiones “haría que vivir de acuerdo con ella fuese un símbolo de santidad o heroísmo moral, en lugar de ser el requisito mínimo de toda persona moralmente decente”. (Singer, 1995: p. 256).

Pareciera ser entonces, que no existe diferencia moral significativa entre activa/pasiva; de todas formas el médico es responsable por la muerte del paciente. “¿Cuál es la diferencia moral entre que el médico administre una pastilla que producirá la muerte, y que retire los tubos de alimentación, con lo que también se producirá la muerte?” (Frey, 2000: p. 58) No existe una diferencia significativa entre ambas, lo que hay es un transgresión a una obligación moral, que fue impuesta hace siglos atrás por seres humanos que quizá nunca previeron estar en esta situación; o si lo hicieron, para ellos la muerte era un proceso natural, y no un tabú, del cual no se puede hablar.

Además, dejar morir, en vez de provocar la muerte, resulta un proceso mucho más cansador para el paciente como para la familia. Por lo general, se está frente a un enfermo cuyo tratamiento ha sido iniciado, y que producto de su interrupción, éste muere. Hay veces en que la espera se prolonga por días, semanas e incluso años y, por lo tanto, se pierde el norte buscado por la eutanasia, cual es evitar el dolor y el sufrimiento tanto para el paciente, como para su familia. Objetivos que se vislumbran de manera clara en la eutanasia activa, no así en la pasiva.

Esto lleva a un punto un tanto discutido en la doctrina, en donde se dice que: la no iniciación de un tratamiento o la suspensión de éste, no sería eutanasia pasiva, sino que más bien sería activa; debido a que nos encontramos frente a acciones y actos, cuya realización implica un hacer, más que una omisión. Sin embargo, creo que entre una y otra, lo fundamental y aquello que marca la diferencia entre ellas, es la forma en que el paciente muere. Así, en la eutanasia activa, el paciente morirá de manera dulce y en paz; sin dolor, sin espera. En cambio -en la eutanasia pasiva- el paciente muere a consecuencia de la interrupción del tratamiento o por la no iniciación de éste; lo cual lo puede llevar a padecer síntomas propios de la enfermedad, particularmente ser víctima del dolor; sufrimiento evitable por medio de actos eutanásicos activos.

Respecto a lo anterior, en varias oportunidades producto de la negativa de los Tribunales de Justicia, de ceder ante la petición de eutanasia activa y directa, ya sea por parte de la familia; o voluntariamente cuando el paciente así lo manifestó, lo que se hace es retirarle el alimento y la hidratación al enfermo, de manera que muera de hambre y deshidratado, es decir, que fallezca por omisión, por tanto: eutanasia pasiva. Necesario traer a colación lo señalado anteriormente, relativo a si acaso estamos verdaderamente frente a eutanasia pasiva; o más bien, como nos encontramos frente a una acción que tiene por objeto retirar las sondas que permiten al paciente seguir con vida, sería activa. Así lo indica, Frey al señalar que “la retirada de los tubos de alimentación se considera un caso de eutanasia activa voluntaria” (2000: p. 58). Pues bien, como lo manifesté precedentemente, la eutanasia activa de la pasiva, no solo se diferencian en que en una existe una interrupción o no iniciación de tratamientos (en este caso sería la interrupción de los alimentos) sino que lo que las distingue es la calidad de la muerte. Lo que se busca en la eutanasia activa, es una muerte amable, una muerte digna. Y no parecer ser muy digno –de hecho no lo es- ver morir a una persona por hambre y sed. Además en estos casos, el médico, tiene que estar dispuesto a ver morir al enfermo y arriesgarse a que éste sufra hasta que muera. Lo que puede interpretarse como el equivalente moral de pretender la muerte del paciente. (Frey, 2000: p. 61)

Con lo señalado, cabe preguntarse entonces: ¿Qué diferencia moral existe entre un médico que frente a la petición de un enfermo para que lo ayude a morir retira los tubos de alimentación, produciéndose la muerte por inanición, y otro médico que le proporciona pastillas al enfermo para que éste muera? siendo en ambos casos la intención aliviar el sufrimiento del enfermo.

Más allá de cuántos argumentos puedan encontrarse a favor o en contra de la eutanasia activa, lo esencial para permitir su aplicación es evitar sufrimientos y este fin es común a cualquier tipo de eutanasia.

2.2 Eutanasia activa, no es igual a ayuda al suicidio.

Como se ha dicho en varias oportunidades, la eutanasia, en cualquiera de sus clasificaciones, tiene por objeto poner fin a enfermedades irremediables y graves que

puedan significar un dolor insoportable. Tal vez “la enfermedad no sea terminal, pero afecta la capacidad del paciente de llevar a la práctica planes aceptables de vida” (Farrell, 2007: p. 264), como es el caso de un cuadripléjico. Ocurre también que en caso de pacientes con cáncer, antes que sobrevenga el dolor, tenga lugar el acto eutanásico. En estos casos, el dolor no es un elemento determinante para la aplicación de la eutanasia. Lo que se busca, primordialmente, es que la persona termine biográficamente, de acuerdo al final que le quiera dar a su existencia, cuando por cambios biológicos (entiéndase enfermedades, o secuelas productos de accidentes) es incapaz de continuar escribiendo el libro que habla de su vida.

Y esto no es lo mismo que hablar de auxilio al suicidio, aún cuando ambos términos supongan disponibilidad de la vida humana. Cuando una persona tiene en mente el suicidio son otras las circunstancias que determinan que se quite la vida. Se trata de situaciones agobiantes y angustiantes de las que es difícil salir, como son: la muerte de un familiar muy cercano, estar pasando por una crisis económica muy grande, estar en grave situación de endeudamiento, tener problemas familiares, sufrir de depresión o estrés, pertenecer a una secta que profese ideas suicidas, etc.. Motivos todos que no guardan relación con la eutanasia.

En la mayoría de las bibliografías sobre el tema, tratan a la eutanasia, como una especie del género auxilio al suicidio, en donde no sólo se hace esa relación, sino que se habla de auxilio ‘médico’ al suicidio. Pues bien, si ese es el panorama, cabe hacerse la pregunta acerca de ¿Qué es lo que diferencia a uno y otro? Antes de responder, hay que dejar en claro que cuando se está hablando de auxilio médico al suicidio, se piensan las mismas hipótesis que nos llevan a la práctica de la eutanasia.

Pareciera ser que la diferencia existente entre auxilio médico al suicidio y eutanasia, está dada por quién ejecuta el acto que conduce a la muerte. En el primero, el médico facilita los medios o conocimientos para que un paciente pueda acabar con su vida; mientras que en lo segundo, el médico directamente realiza el acto, acabando con la vida del enfermo. En el auxilio al suicidio, el médico le señala al paciente medicamentos que al tomarlos lo llevaran a la muerte, pero no se los prescribe directamente a través de una orden

médica. Ahora, “cuál podría ser la naturaleza de la ayuda en el caso que el enfermo sea incapaz de provocarse la muerte por sí mismo” (Bok, 2000: p. 157). Claramente, resulta más fácil dentro del ámbito de lo punible, hablar de “auxilio médico al suicidio”, pues es una conducta, que de estar penada en la ley, es más fácil zafarse de posibles condenas demostrando que la acción principal la realizó el paciente, es decir, el suicida, y que el médico desconocía cuales eran las intenciones del enfermo. No obstante lo anterior, resulta difícil creer que un médico no sepa las verdaderas intenciones de un paciente. Por eso, en la generalidad de los casos se dice que el médico sabía y presuponía lo que el enfermo iba a hacer. Siendo este el panorama, “¿Existe alguna diferencia moral entre la eutanasia activa y el auxilio médico al suicidio cuando lo que hace el paciente en el segundo caso es tomar por sí mismo la dosis letal que el médico le ha dado a sabiendas?” (Frey, 2000: p. 44). La verdad es que, moralmente no existe diferencia entre lo uno y lo otro, puesto que la intención es la misma: causar la muerte. Y tal como se dijo anteriormente, la diferencia está dada en el ámbito legal, pues no hay acción directa en el auxilio al suicidio. Ahora, si la intención es la misma: ¿Por qué el médico no puede ser condenado judicialmente? Acaso no es lo mismo matar a una persona enferma, que proporcionarle todos los medios para que ésta se cause la muerte por sí misma. Con lo dicho, se puede concluir que la responsabilidad moral del médico es la misma, sea que deje morir o que cause la muerte directamente; lo que es distinto es el nivel de responsabilidad causal, la cual puede ser parcial o total.

Respecto de lo mismo, existe un punto que parece ser olvidado por quiénes hablan a favor del auxilio médico al suicidio, pero en contra de la eutanasia; teniendo presente el fin que se le ha dado a ambos, que es acabar con el sufrimiento de personas, las cuales han visto su calidad de vida considerablemente desmedrada. Quién debe realizar la acción principal en el auxilio médico al suicidio, es el paciente; por tanto, la persona enferma. Pero ¿qué pasa si esa persona está postrada en cama y es absolutamente incapaz de valerse por sí misma?, ¿cómo podría esta persona suicidarse? Y al contrario, ¿qué pasa con una persona que es absolutamente consciente, pero que padece una enfermedad mortal, y que está en la última etapa de su enfermedad? Ya es catastrófico para esta persona saber que se va a morir, pero que además, como eligió terminar con su vida de un modo anticipado, deba

tener la valentía de provocarse la muerte; es alejarse de la finalidad de la eutanasia y del auxilio médico al suicidio. Es más, qué pasa si por un fallo en la prescripción y administración de las pastillas, el enfermo queda con secuelas aún más grave en su organismo, pero no alcanza la muerte.

“Si se acepta el derecho del paciente a escoger libremente la muerte por suicidio” (Bok, 2000: p. 136) ¿cuál es el inconveniente moral que otra persona ejecute esa decisión? Resulta moralmente más reprochable para la opinión de algunos, no ayudar a quien lo solicita, especialmente cuando se trata de personas incapaces de quitarse la vida. Así lo señala de manera inmejorable, Sissela Bok, al señalar que “resulta degradante e inmisericorde forzar a los enfermos a hacer lo que los médicos podrían llevar a cabo con toda facilidad para darles alivio cuando éstos se encuentran en una situación tan desesperada que prefieren morir” (2000: p. 137)

Así las cosas, parecería no haber inconvenientes ni argumentos en contra de la licitud de la eutanasia, pues no hay razones para permitir la eutanasia pasiva y no la activa; y de encubrir el ejercicio de los actos eutanásicos, a través de la figura del auxilio médico al suicidio. Tal como se señala en el libro *La eutanasia y el auxilio médico al suicidio*: “Parece completamente arbitrario negar una pastilla letal a los enfermos terminales que les dé control sobre el momento y el modo de morir, pero permitir que se les retiren las ayudas para alimentarse y respirar” (Frey, 2000: p. 64).

2.3 “Por ahí se empieza”

Se dice, de manera bastante frecuente, que con la legalización de la eutanasia, la vida humana se desvalorizaría. Lo que provocaría poco a poco que su ámbito de aplicación se extienda a supuestos no contemplados en la ley y se vulneraren derechos de personas inocentes, como los ancianos, los minusválidos y los incapaces. Así, de acuerdo a R. G. Frey, los principales argumentos catastrofistas se plantean del siguiente modo: si damos el paso A, nos veremos obligados a dar el paso B y el C. El paso A nos acerca al abismo y el paso B y C nos hace caer en él. (Frey, 2000: p. 68). Siendo el paso A, la licitud de la eutanasia; el B, la posibilidad de ejercer actos eutanásicos en personas que no han dado su consentimiento y el paso C, la posibilidad de quitar la vida a cualquier persona, tal como se

hizo en los campos de concentración nazis. Este argumento es conocido también como el de la “pendiente resbaladiza”.

Generalmente los postulados catastrofistas llevan intrínsecamente incorporados la noción de un pesimismo frente a las garantías que se puedan establecer para evitar caer en el abismo. Aludiendo a experiencias pasadas como argumentos que validan lo dicho anteriormente. Sin embargo, no parece ser el argumento más propicio para ir en contra de la eutanasia, toda vez que las barbaries nazis cometidas en los campos de concentración no se han vuelto a implementar, y son actos condenados por delitos de lesa humanidad. Además, sólo llega a ser una hipótesis, la cual empíricamente no ha podido ser demostrada. Todavía más, en aquellos países en que la eutanasia se ha legalizado, no hay constancia de lo anterior. Distinto es que emerjan casos que ocurrieran en la clandestinidad. Por lo mismo, una legalización con requerimientos claros y precisos parece ser lo mejor para evitar caer en la pendiente resbaladiza.

Los opositores a la legalización de la eutanasia voluntaria –en este punto- se cuestionan que efectivamente la decisión de una persona de morir sea tomada racional y libremente. Puede suceder, a la luz de ésta interpretación, que quien tome la decisión se vea presionada por su familia, por el gasto emocional y económico que le está generando a la misma; o en otro caso, se disfrace de eutanasia un asesinato, demostrando que el deseo de la persona era morir, porque el sufrimiento se volvía insoportable. Estas son cuestiones técnicas que se pueden superar con una buena regulación. Tal como ocurrió “en los Países Bajos, a través de las directrices desarrolladas por los tribunales, los cuales propusieron que la eutanasia sea aceptable solamente si: la lleva a cabo un médico; el paciente ha pedido la eutanasia explícitamente de manera que no quede duda alguna sobre su deseo de morir; la decisión del paciente está bien informada, es libre y duradera; el paciente sufre un estado de salud irreversible que causa sufrimiento físico o mental que para el paciente es insoportable; no existe una alternativa razonable (desde el punto de vista del paciente) que alivie su sufrimiento; el médico ha consultado con otro profesional independiente, el cual está de acuerdo con su opinión” (Singer, 1995: p. 243). Es difícil que se trate de encubrir un asesinato, a través de la eutanasia.

Conclusión

Se hace necesario -en el mundo actual- en el que cada día nos encontramos ante un nuevo acierto tecnológico, poseer las herramientas necesarias que nos permitan elegir si queremos o no hacer uso de esa tecnología. Es, en estas condiciones, en donde la eutanasia se presenta como una herramienta, como una alternativa frente a una enfermedad mortal y degenerativa. No obstante ser mucha la gente que está en contra de la eutanasia por sostener que la vida es indisponible, a mí parecer, y en relación a lo analizado en la tesina, puedo señalar a modo de conclusión que existen argumentos que hacen plausible la legalidad de la eutanasia en los ordenamientos jurídicos. Entre ellos, el principal dice relación con la autonomía de las personas y, particularmente, con la autonomía de los pacientes. Así, tratándose de los enfermos competentes y conscientes, la autonomía de estos individuos se hace ostensible a través de actos expresos de su parte, es decir, debe existir una voluntad directa y manifiesta de querer morir. En el caso de los pacientes inconscientes, es posible respetar su autonomía en aquellos casos en que éstos hayan manifestado por escrito, a través de un testamento de vida por ejemplo, sus deseos de morir ante ciertas situaciones, especificadas también en el mismo documento, o a través de medios informales a sus parientes y amigos más cercanos. Mas, en aquellos casos en que no hayan manifestado su opinión formal o informalmente, se señala que de todas maneras se hace posible la aplicación de actos eutanásicos, de manera que sea factible respetar la voluntad de estas personas, por medio de lo que puedan declarar sus parientes o amigos más cercanos, optando por lo que él habría decidido en condiciones de poder dar su opinión. De esta forma, tendremos en cuenta lo mejor para el paciente, haciendo prevalecer, de alguna manera, su autonomía.

En este contexto es necesario que la relación del médico y el paciente se fortalezca, generándose lazos de confianza e instantes de conversación plena, a tal punto que el médico conozca la decisión del paciente y sea a la vez capaz de desarrollar actos eutanásicos sin el temor a ser enjuiciado como autor de delito de homicidio. ¿Por qué hablar de médico? Pues bien, se habla de él, porque éste es quien está mejor capacitado, en virtud de su trabajo y su experiencia como profesional para llevar adelante la muerte del paciente.

Sin perjuicio de todo lo sostenido anteriormente, analizar cuáles son los argumentos para que se pueda legalizar la eutanasia, no resulta ser suficiente. Es por ello, que es fundamental, dentro de esta crucial tarea, hacer una distinción entre ellas, y de esta forma llegar a la eutanasia activa, directa y voluntaria. La primera de las clasificaciones dice relación con la voluntad del paciente, encontrando a la eutanasia voluntaria, involuntaria y no voluntaria. Voluntaria, será aquella que cuenta con la anuencia del paciente; una práctica eutanásica involuntaria no contará con la aquiescencia del paciente, ya sea porque no le preguntaron o porque manifestó opinión contraria al respecto; y, por último, será no voluntaria, aquella en que no es posible contar con la voluntad del enfermo, como consecuencia que no es capaz de elegir entre la vida y la muerte, tal como los recién nacidos. En una segunda clasificación, se distinguió entre: eutanasia activa, pasiva e indirecta, diferenciadas cada una de ellas por quién realiza la acción principal. En la eutanasia pasiva, hay una interrupción de tratamientos o no iniciación de estos; en la eutanasia indirecta, se prescriben fármacos con el objeto de paliar el dolor, pero causando secundariamente la muerte del enfermo. Encontrando actos dirigidos a causar directamente la muerte, en la eutanasia activa o directa, precisamente tipo del cual, surgen las mayores controversias en el ámbito de la discusión doctrinal. Básicamente, sosteniendo algunos que no es lo mismo causar la muerte que dejar morir, pues hay distintos tipos de obligaciones morales. La verdad, y a modo de conclusión, no existen diferencias entre ambas figuras, pues no obstante ser distintas obligaciones, la consecuencia es la misma; y por tanto, no ven motivos más que los morales para sostener que es plausible la eutanasia pasiva, pero no la activa.

Bibliografía

- Álvarez del Río, Asunción / Kraus, Arnoldo (2007): “Eutanasia y suicidio asistido”, en *La Construcción de la Bioética. Textos de Bioética, volumen I*, Ruy Pérez Tamayo, Rubén Lisker, Ricardo Tapia (coords.), Editorial Fondo de Cultura Económica, México, D.F., pp. 161- 183.
- Betacor, Juana Teresa (1996): “Bioética y eutanasia” en *Materiales de Bioética y Derecho*, María Casado (ed.), Cedecs Editorial, Barcelona, pp. 297- 312.
- Dworkin, Ronald (1994): *El dominio de la vida*, Editorial Ariel, Barcelona (traducción de Ricardo Caracciolo y Víctor Ferreres, título original: Life’s Dominion).
- Dworkin, Ronald/ Frey, R.G./ Sissela Bok. (2000): *La eutanasia y el auxilio médico al suicidio*, Editorial Cambridge University Press, Madrid. (traducción de Carmen Francí Ventosa).
- Farrell, Martín (2007): “Eutanasia”, en *Enciclopedia Iberoamericana de Filosofía. Cuestiones Morales*, Osvaldo Guarigía (ed), Editorial Trotta, Madrid, pp.259- 269.
- Gracia, Diego (2007): “Problemas éticos en medicina”, en *Enciclopedia Iberoamericana de Filosofía. Cuestiones Morales*, Osvaldo Guarigía (ed), Editorial Trotta, Madrid, pp.271-290.
- Núñez Paz, Miguel Ángel (2006): *La Buena Muerte*, Editorial Tecnos, Madrid.
- Singer, Peter (1995): *Ética Práctica, 2 Edición*, Editorial Cambridge University Press, Gran Bretaña, (traducción de Rafael Herrera Bonet).